Aus der Königl. psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Beitrag

zur

Lehre von den Psychosen bei Taubstummen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Bruno Ebeling

Medizinalpraktikant aus Wilsnack.

Kiel 1910.

Druck von A. F. Jensen.

Aus der Königl. psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Beitrag

zur

Lehre von den Psychosen bei Taubstummen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Bruno Ebeling

Medizinalpraktikant aus Wilsnack.

Kiel 1910.

Druck von A. F. Jensen.

Nr. 27.
Rektoratsjahr 1909/10.

Referent:
Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt
Dr. **Fischer,**
z. Z. Dekan.

Dem Andenken meiner lieben Eltern!

Der Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154807_0020

Es ist bekannt, daß schwere körperliche Gebrechen zu Erkrankungen der Psyche disponieren. Ein solches schweres körperliches Leiden liegt offenbar bei der Taubstummheit vor, ein Leiden, das in der Mehrzahl der Fälle verbunden ist mit einem Zurückbleiben der intellektuellen und geistigen Fähigkeiten. Aus diesem Grunde ist es verständlich, wenn Taubstumme in gewissem Grade für den Ausbruch psychischer Erkrankungen disponiert erscheinen.

Treitel (Arch. f. Psych., Bd. 39) hat sich in einer ausführlichen Arbeit mit den Beziehungen von Imbezillität und Taubstummheit beschäftigt. Er gibt an, daß unter 43 von ihm untersuchten taubstummen Kindern 7 imbezill waren, daß 5 unter ihnen imbezille Geschwister hatten. Nach einer bereits im Jahre 1835 von Saveur aufgestellten Statistik fand sich, daß 5 % aller Taubstummen an »idiotisme ou aliénation mentale« litten. Lemcke stellte in seiner Statistik für Mecklenburg fest, daß unter 405 Familien, in denen 33 taubstumme Kinder gezeugt waren, 33 mit zusammen 42 Idioten und Imbezillen sich befanden. In Dänemark ließen sich bei 7 % aller Taubstummen Geisteskrankheiten nachweisen. Nach einer amerikanischen Statistik, die wohl am meisten Anspruch auf Genauigkeit hat, fanden sich unter 33878 Taubstummen 3379 Imbezille und Idioten, also etwa 10 %.

In der Regel findet sich als Grundlage für das Zusammenvorkommen von Taubstummheit und Imbezillität hereditäre Anlage, sei es, daß in der direkten oder indirekten Verwandschaft ähnliche Erkrankungen vorgekommen sind oder daß die Vorfahren an degenerierenden Krankheiten gelitten haben. Unter diesen spielen Syphilis und Alkoholismus eine große Rolle, sowohl hinsichtlich der Taubstummheit als der Imbezillität bezw. Idiotie.

Die Ansichten, ob Blutsverwandtschaft allein bei den Menschen zu Taubstummheit und Imbezillität bezw. Idiotie führen kann, sind geteilt. Manche Forscher nehmen an, daß degenerierende Momente noch dazu kommen müssen, damit eine Degeneration stattfinde. Zum Beweise dafür werden Fälle angeführt, wo durch viele Generationen Verwandtenheiraten stattfanden, ohne daß Degeneration eintrat, wo die Nachkommen vielmehr rüstig blieben.

So hat Reich die Erfahrung gemacht, daß die nahe Verwandtschaft sonst gesunder Ehegatten die Nachkommenschaft nicht beeinträchtigt, wohl aber, wenn die Erzeuger durch Alkohol degeneriert sind. Dasselbe hat der Engländer Hut festgestellt, und auch er legt das Hauptgewicht auf Trunksucht und Syphilis, die einzig geeignet seien, auf die körperliche und geistige Entwickelung des Fötus hemmend einzuwirken.

Doch sind auch Fälle bekannt, wo bei reiner Inzucht, d. h. Konsanguinität, Degeneration auftraten, wie in den Habsburger und Wittelsbacher Königsfamilien. Hartmann berichtet von einer Familie ohne Degeneration bei den Vorfahren, wo fünf taubstumme Geschwister erzeugt wurden. Aber Eltern sowohl als Großeltern waren in diesem Falle Geschwisterkinder. Die Verwandtschaft allein hatte also die Taubstummheit erzeugt.

Mayet hebt hervor, daß für die Taubstummen die Verhältnisse ähnlich liegen wie für die Imbezillen und Idioten; auch bei ihnen scheint Vererbung eine geringe Rolle zu spielen, die Blutsverwandtschaft aber allein zur Entstehung zu genügen. So werden z. B. unter der jüdischen Bevölkerung mehr Verwandtenehen geschlossen als unter der evangelischen und katholischen. Die Statistik lehrt denn auch, daß bei den Juden mehr Taubstumme, Imbezille und Idioten vorkommen als bei den anderen Konfessionen. Guttstadt stellte nämlich fest, daß auf 100000 Evangelische 99, auf 100000 Katholiken 104 und auf 100000 Juden 144 Taubstumme entfallen.

Es läge also durchaus im Interesse der Hygiene, wenn Verwandtenehen mit Rücksicht auf die verhältnismäßig häufig dabei vorkommende Taubstummheit, Imbezillität und Idiotie,

abgesehen von anderen häufigen körperlichen Gebrechen, verboten würden.

Denn die unglücklichen Taubstummen sind recht eigentlich im Sinne des Wortes Idioten. Einsam stehen sie da in der Welt, denn zwei der wichtigsten Kommunikationswege mit derselben sind ihnen verschlossen, und nur notdürftig schleppen sie sich gleichsam im Gefolge ihrer Mitmenschen durchs Leben, wie Siemerling in dem Lehrbuche von Schmidtmann über gerichtliche Medizin, Bd. 3, sagt. Wenn nun auch normal veranlagte Taubstumme bei geeignetem Unterricht den Vollsinnigen fast als gleichstehend zu betrachten sind, so gelangen solche, denen Unterricht nicht zu Teil wurde, nur unter besonders günstigen äußeren Verhältnissen und unter dem Einfluß einer Umgebung, die sich ihrer mit viel Sorgfalt annimmt, zu einer solchen Ausbildung ihrer intellektuellen und moralischen Kräfte, daß sie den Vollsinnigen fast als gleichstehend zu erachten sind.

Meist werden jedoch die geistigen Fähigkeiten und die moralischen nicht entwickelt oder bleiben auf der niedrigsten Stufe stehen, weil der lebendige geistige Verkehr mit der Mitwelt fehlt, wie ihn der einfachste Bauernknabe genießt.

Denn oft wird es dem Taubstummen unmöglich sein, sich seinen Mitmenschen verständlich zu machen und enttäuscht wird er nach vergeblichen Versuchen sich gezwungen sehen, darauf zu verzichten. Darum achtet die große Menge auch nicht weiter auf ihn, oder diese unglücklichen Menschen werden roh und lieblos behandelt und nach Kräften ausgenutzt. Doch sind die Taubstummen auch Menschen mit Affekten und Leidenschaften. Die Gefühle des Zornes, des Hasses und der Rache sind ihnen nicht fremd. Kein Wunder also, wenn sie diesen folgend, oft recht plump, für erlittene Unbill sich zu rächen suchen, wenn sie infolge ihrer mangelnden geistigen und moralischen Durchbildung zu schweren Vergehen sich hinreißen lassen.

Aus dem bisher Gesagten geht zur Genüge hervor, daß Taubstumme, wenn geeignete Momente zusammentreffen oder erbliche Belastung vorliegt, leicht psychisch erkranken. Daß aber unter der großen Menge von geistigen Erkrankungen

alle — sowohl leichte als schwere — vorkommen können, ist selbstverständlich. Einige Beispiele mögen dies erläutern.

Kornfeld (Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 62, S. 115) berichtet von einer 26jährigen taubstummen Person, die sich einige Kenntnisse in der Taubstummenschule angeeignet hatte, aber gering begabt und eine schwache Schülerin war. Später mied sie die Arbeit, ergab sich dem Trunke und der gewerbsmäßigen Unzucht. Nach häufigen Übertretungen der Gesetze der Sittenpolizei wurde sie wiederholt bestraft. Jetzt stand sie wegen der ziemlich sinnlosen Entführung zweier Kinder vor Gericht. Nach den Aussagen des Gerichtsarztes handelte es sich um eine infolge angeborener geistiger Schwäche, explosiven Charakters und perverser Neigungen minderwertige Person, die allerdings verantwortlich zu machen sei.

Derselbe Autor berichtet über die Aussetzung des eigenen Kindes durch eine Taubstumme, dessen Tod dadurch herbeigeführt wurde. Es handelte sich bei der in Frage kommenden Person um weitgehenden Mangel an moralischen, religiösen und intellektuellen Vorstellungen. Sie besaß also nicht die Einsicht in die Strafbarkeit ihrer Handlung.

Siemerling berichtet in seinem Buch: »Streitige geistige Krankheiten« von einem Falle, in dem ein blödsinniger Taubstummer, dem der Intelligenzdefekt schon vom Gesicht abzulesen war, den Versuch zur Notzucht und Tötung machte. Vor Gericht gab der Angeklagte lächelnd zu, bei dem Küster in die Wohnung eingedrungen zu sein und von diesem verlangt zu haben, er solle ihm seine Tochter ins Bett schaffen und, daß er bei einem zweiten Versuch das Messer gezogen habe und auf den Küster eingedrungen sei. Alle seine Äußerungen geschahen mit der Unbefangenheit eines kleinen Kindes, doch so, daß kein Zweifel bestand, daß er von dem Unterschiede zwischen gut und böse nur eine dunkle Ahnung, keineswegs aber eine klare Erkenntnis hatte.

Siemerling (Schmidtmann, Handbuch der gerichtlichen Medizin, Band 3) sah wiederholt bei einem 52jährigen Taubstummen unter dem Einfluß des Alkohols Erregungszustände auftreten mit Bedrohung der Umgebung.

Cramer berichtet in seinem Werk über gerichtliche

Psychiatrie von einem 19jährigen Taubstummen, der von Kindheit an schon zu allerlei bösen Streichen neigte, und der nun wegen mehrfacher Brandstiftung vor Gericht stand. Anstaltsbeobachtung ergab bei ihm nicht nur deutlichen Schwachsinn, sondern auch das Vorhandensein imperativer Gehörstäuschungen mit dem Antrieb zur Tat und zeitweise auftretende intensive Verstimmungszustände.

Daß Sinnestäuschungen jeder Art auch bei geisteskranken Taubstummen vorkommen können, ist einwandsfrei festgestellt. Eine interessante Studie über symbolische Sinnenstäuschungen bei Taubstummen verdanken wir Sanjuan. Er stützt sich auf einige von ihm selbst beobachtete Fälle und auf andere in verschiedenen Taubstummenanstalten auf seine Anregung gemachte Beobachtungen. In erster Linie sind Träume, ferner auch Psychosen für diese Beobachtungen herangezogen, von denen eine hier mitgeteilt sei. Es handelte sich um einen 33jährigen Schmied, der, nachdem er zum dritten Male Alkoholdelirium hatte, zur Behandlung kam. Belastung von den Eltern her und Syphilis waren nicht nachzuweisen. Er verständigte sich ausschließlich durch Zeichensprache und gab an, er sähe rotgekleidete Menschen, welche durch »Gesten« drohten, ihn aufzuhängen. Diese Gesten bestanden zunächst in der Bewegung von zwei Händen, um ihn zu erdrosseln, dann in solchen, die ihm andeuteten, daß er an der Decke aufgehängt werden solle. An sich wäre nun hier ein Unterschied von einer Alkoholpsychose kaum vorhanden, wie wir sie beim Delirium z. B. finden. Die hier vorhandene Halluzination hat aber doch etwas Besonderes an sich, und das ist ihr symbolischer Charakter.

Denn es handelt sich um eine solche der Sprache und zwar der einzigen Sprache, welche der taubstumme Patient verstehen konnte. Nun haben die grimassierenden Phantome anderer Alkoholiker mit denen dieses geisteskranken Taubstummen gewisse Ähnlichkeit, doch ist der Unterschied wohl klar. Die Grimassen, welche von den ersteren gesehen werden, haben keineswegs den Wert von Worten. Bei dem hier beschriebenen taubstummen Kranken entäußerte sich das visuelle Sprachzentrum in der einzigen Art von Symbolen, welche es

besaß. Das Alkoholdelirium sonst Vollsinniger ist dagegen, wie Sassègue sagt, ein Traum, in dem aber die Personen stumm sind. Bei Taubstummen dagegen bedeutet jede Bewegung der Traumgestalten Sprache. (Archiv de Neurologie 1897.)

Cramer (Archiv für Psychiatrie, Bd. 28) hat sich eingehend mit den bei Taubstummen vorkommenden Sinnestäuschungen beschäftigt und kommt zu dem Resultat, daß bei von Geburt an Taubstummen Sinnestäuschungen äquivalent von Gehörstäuschungen auftreten können, Gedankenlautwerden, ohne daß Wortklangbilder eine Rolle dabei spielen. Daß dieselben aber wiederum sehr wichtig sind, beweist er an einem Fall von im zehnten Lebensjahre entstandener Taubheit, denn hier spielen Wortklangbilder sicher eine Rolle.

Wir haben gesehen, daß Psychosen jeder Art bei Taubstummen vorkommen können, sowohl schwerer als leichterer Art.

Ich lasse nunmehr zwei Krankengeschichten folgen von Taubstummen, die in der hiesigen psychiatrischen und Nervenklinik beobachtet wurden bezw. noch beobachtet werden.

Der eine der Patienten litt an Erregungszuständen infolge reichlichen Alkoholgenusses. Die Ursache seiner Taubheit dürfte eine bei ihm sich findende cerebrale Kinderlähmung sein.

Bei dem andern Kranken handelt es sich um einen schweren Fall von Katatonie, der besonderes Interesse beanspruchen dürfte.

I. Fall.

Patient G., 33 Jahre alt.

Aufgenommen den 7. I. 09.

Anamnese nach Angaben des Bruders: Die Geburt verlief normal und der Kranke lernte frühzeitig gehen. In seinem zweiten Lebensjahre bekam er plötzlich Krämpfe, die 24 Stunden lang andauerten. Danach war er auf der ganzen linken Seite gelähmt. Nach Jahresfrist konnte er jedoch wieder laufen, aber sein linker Arm blieb lahm. Seit den Krämpfen, nach denen er Wochen lang zu Bette lag, hat er auch den Verlust von Gehör und Sprache zu beklagen. Er konnte bis

zu seinem 8. Lebensjahre nur unartikulierte Laute von sich geben. Damals kam er in die Taubstummenanstalt nach Schleswig, lernte dort schreiben, rechnen, zeichnen, etwas sprechen und anderes mehr. Mit seinem 16. Lebensjahre verliess er die Anstalt und versuchte Lithograph zu werden, doch musste er diesen Beruf des gelähmten linken Armes wegen wieder aufgeben. Er kehrte also nach Hause zurück und blieb dort bis zu seinem 23. Lebensjahre. Hier tat er meist nichts, abgesehen von ganz leichter Arbeit. Dann nahm ihn der Bruder zu sich, um ihn an regelmässige Arbeit zu gewöhnen. Aber auch hier zeigte er sich untätig und half nur wenig im Hause, wenn er gerade Lust dazu hatte. Deswegen zur Rede gestellt, wurde er, wie überhaupt bei geringen Anlässen, leicht böse und aufgeregt, schrie und brüllte dann in diesem Zustande.

Krämpfe hat er nach dem ersten Anfalle nie wieder gehabt. Er ist reinlich und zerstört nichts. Er leidet an Stuhlverstopfung und bildet sich ein, einen Fehler im Unterleib zu haben seit einigen Jahren, weil er damals ein Magengeschwür gehabt hat. Sein Appetit ist gut. Er trinkt täglich Grog und Bier, wieviel kann der Bruder nicht angeben.

Patient hat 9 gesunde Geschwister. Der Vater starb an Schlaganfall, ob er Potator war, kann der Bruder des Patienten nicht angeben. Die Mutter erlag im Wochenbette.

Status: Patient ist mittelgroß, hat gute Muskulatur und befindet sich in gutem Ernährungszustande. Der Schädel ist nicht druckempfindlich, seine Maße normal. Die rechte Gesichtshälfte ist besser entwickelt als die linke.

Die Pupillen sind mittelweit, gleich groß und etwas verzogen. Die Reaktion auf Licht ist normal, die auf Convergenz nicht zu prüfen. Die Augenbewegungen sind frei. Patient ist taub auf beiden Ohren.

Er liest vom Munde ab, spricht auch verständlich, wenn auch verwaschen und schlecht artikuliert.

Der linke Gaumenbogen steht höher als der rechte, doch werden beide gleichmäßig gehoben. Der Rachenreflex ist vorhanden.

Der linke Arm befindet sich im Ellenbogen- und Hand-

gelenk in Beugekontraktur, die nur mit Mühe, jedoch nicht vollkommen ausgeglichen werden kann. Der Oberarm steht abduziert und kann nur bis zu Schulterhöhe gehoben werden. Den Vorderarm kann Patient etwas beugen und strecken, die Hand garnicht. Die Finger werden in leichter Beugestellung gehalten, wobei der Daumen eingeschlagen ist. Beides läßt sich passiv ausgleichen. Pronation und Supination sind gleichfalls nur passiv möglich. Die Sehnenreflexe beider oberen Extremitäten sind lebhaft, links jedoch lebhafter als rechts.

Armumfang: 10 cm oberh. des Olekranons rechts 28 cm, links 24,75. 15 cm oberh. des Olekranon rechts 32 cm, links 18,75 cm.

Oberarmlänge: Acromion-Olekranon: rechts 38 cm, links 34,5 cm.

Vorderarmlänge: Olekranon - Condylus Ulnae: rechts 24,25 cm, links 22,0 cm.

Auffallende Skoliose der Wirbelsäule nach links. Die mechanische Muskelerregbarkeit ist nicht erhöht. Es erfolgt kein vasomotorisches Nachröten.

Die Abdominalreflexe sind nicht auszulösen. Der Cremasterreflex ist beiderseits schwach, die Kniephänomene links und rechts gesteigert. Patellarklonus ist rechts angedeutet, links wegen Spasmen und Spannens schwer zu prüfen.

Der linke Fuss steht in equinovagus-Stellung.

Die Prüfung der Zehenreflexe ergibt rechts schwache Plantarbeugung, links ist das Babinskische Zeichen vorhanden.

Beinumfang: 18 cm oberh. des oberen Patellarrandes: rechts 50 cm, links 44 cm; 15 cm oberh. des unteren Patellarrandes: rechts 31,25 cm, links 26,25 cm.

Beinlänge: Spina iliaca ant. sup. Kniegelenk: rechts 55,5 cm, links 49,5 cm; Kniegelenk — malleolus externus: rechts 39,0 cm, links 37,5 cm.

Die Sensibilität ist nicht gestört. Berührungen mit Pinsel und Nadel sowie warm und kalt werden deutlich unterschieden. Nur an der linken Hand wird zuweilen spitz und stumpf verwechselt. Schmerzempfindung ist überall vorhanden.

Puls 84, regelmässig und mittelkräftig. Arterien nicht besonders rigide.

Herz, Lungen und die übrigen inneren Organe ohne besonderen Befund.

Der Leib ist fest infolge bestehender Obstipation. Im Urin findet sich weder Eiweiss noch Zucker.

Der Patient macht einen attenten, euphorischen Eindruck. Er bezeichnet Gegenstände richtig, löst leicht einfache Rechenexempel und kann Farben gut unterscheiden.

Der Patient ist über Ort und Zeit durchaus orientiert. Die Monate sagt er fehlerlos rückwärts und vorwärts her. Er klagt über Kopfschmerzen und Schmerzen in den Nerven beiderseits über der Stirn. Er kann deswegen angeblich nachts nicht schlafen. Seit zwei Jahren ständig zunehmendes Jucken habe er im Kopf. Er sei leicht gereizt, ärgerlich und aufgeregt. Während Patient dies erzählt, lacht er. Grog trinke er sehr gern ca. 5 den Tag, dazu Bier 3 Glas und mehr. Sein Appetit sei gut.

Seine Brüder seien ebenso leicht ärgerlich wie er, sie tränken. Der Vater habe das nicht getan. Die Mutter habe an Geisteskrankheit im Wochenbett gelitten.

Patient geht ruhig mit auf die Station und später bei guter Stimmung zu Bett.

8. I. 09. Bei der Begrüssung während der Visite zeigt Patient euphorisches Lächeln. Er hat gut geschlafen und freut sich enorm darüber, dass ein Schorf an seinem rechten Arme abgegangen ist.

9. I. 09. Patient ißt und schläft gut. Er hatte harten Stuhlgang. Sein Benehmen ist gleichmässig euphorisch.

14. I. 09. Patient beklagt sich darüber, daß einer seiner Mitkranken beim Bohnern an sein Bett gestossen sei. Er ist sehr böse und aufgeregt darüber.

16. I. 09. Patient ist guter Stimmung und verträglich.

18. I. 09. Patient ist ruhig und zufrieden, klagt aber über Schmerzen im Rücken und Leib. Schlaf und Appetit sind gut.

19. I. 09. Patient hat den Pfleger wiederholt um Geld gebeten. Er geht mit den anderen Patienten im Garten spazieren und verhält sich ruhig.

29. I. 09. Patient ist dauernd freundlich und zufrieden.

4. II. 09. Patient klagt fast bei jeder Visite über Schmerzen im Rücken und Leib. Er will mit anderen Kranken ausgehen. Briefe, die er schreibt, sind wohl geordnet. Er bekommt Besuch von seinem Bruder, der ihn mitnehmen will. Auf eigenen Wunsch bleibt er noch in Behandlung.

8. II. 09. Patient wird vom Bruder abgeholt und als geheilt entlassen.

II. Fall.

Patient St., 21 Jahre alt.

Aufgenommen 24. I. 09.

Anamnese, abgegeben von den Eltern:

Der Kranke ist das älteste Kind, hat 5 gesunde Geschwister und eine taubstumme Schwester, das vierte Kind seiner Eltern, die nicht blutsverwandt sind. Erbliche Belastung fehlt.

Die Geburt des Patienten verlief leicht. Er fing mit $1^1/_2$ Jahren an, zu laufen. Schon unmittelbar nach der Geburt habe der behandelnde Arzt gesagt, das Kind würde, solange die grosse Fontanelle nicht geschlossen sei, noch Geräusche hören können, dann aber sei es vorbei.

Patient war als Kind munter und aufgeweckt. Mit 7 Jahren kam er in eine Taubstummenanstalt, wo er ziemlich gut lernte. Später kam er zu einem Schuhmacher in die Lehre.

Die ersten Veränderungen in seinem Wesen fielen den Eltern im Frühjahr 1908 auf. Damals lief er eines abends fort, kam aber aus eigenem Antrieb am anderen Morgen wieder. Dann erklärte er, er wolle bei Gott sein, und lief barfuss und ohne Kopfbedeckung umher. Sein Meister gab den Eltern an, er sei schon einige Jahre etwas still und verstimmt gewesen. Den Eltern ist das aber nicht aufgefallen.

Im Oktober 1908 nahmen ihn die Eltern zu sich, und er arbeitete tagsüber. In demselben Monat blieb er plötzlich fünf Tage lang aus. Er saß während dieser Zeit im Schilf an der Elbe. Nahrung nahm er während dieser Zeit nicht zu sich. Völlig ermattet wurde er von Arbeitern aufgefunden, die ihn nach Hause brachten. Er war so erschöpft, dass es ihm unmöglich war, allein zu gehen.

Zu Hause sprach er dann wieder viel von Gott und sagte unter anderem, er wolle bei Gott wohnen. Aus dem Schilf fand er nach seiner Aussage nicht mehr heraus. Wohl habe er Leute in der Nähe gehört, doch seine Gedanken seien mit Gott beschäftigt gewesen, der ihm schon helfen oder ihn zu sich nehmen würde.

Vor zehn Tagen lief er plötzlich wieder fort und wurde in einem Nachbarorte aufgefunden, wo er erschöpft vor einem Hause saß. Es hatte die Nacht hindurch geregnet. Durch das Fenster ist der Patient davongegangen und wollte, nachdem er zurückgebracht war, wieder fort, wurde aber daran gehindert.

Er sagte damals, er sei so ängstlich und müsse bald sterben, er müsse mit der Sünde kämpfen.

Seit 10 Tagen hat er fast nichts gegessen. Sein Schlaf ist leidlich.

Bis gestern habe er noch bei seinem Meister gearbeitet, der ihm alle Arbeit zuschiebe, so daß der Kranke gestern ganz erschöpft gewesen sei. Aus ihm selbst sei nicht viel herauszubringen.

Vor Jahresfrist hat er viel Bücher religiösen Inhalts gelesen, die er wohl auch nicht verstanden hat. Von Sinnestäuschungen haben die Eltern nichts gemerkt bei ihm. Er hat aber gesagt, man könne lange fasten, 20 Tage, ohne zu sterben. Aristeus habe sogar 40 Tage gefastet, und das wolle er auch.

Sich selbst etwas anzutun, hat Patient nie versucht, er sagte aber häufig, er müsse bald sterben.

Status: Der grazil gebaute und mit mäßiger Muskulatur begabte Patient ist dürftig ernährt. Sein ganzer Habitus ist infantil. Das Gesicht ist normal gerötet, der Schädel weder auf Druck noch auf Beklopfen empfindlich. Seine Maße sind $17^3/_4 : 15 : 53^3/_4$.

Die Pupillen sind mittelweit, Licht- und Akkomodationsreaktion erhalten. Die Augenbewegungen sind frei.

Die Sprache des Patienten ist etwas nasal und langsam. Das R wird stark gerollt.

Die Zunge wird grade vorgestreckt, zittert stark und ist

belegt. Der linke Gaumenbogen steht höher als der rechte. Der Rachenreflex fehlt.

Die Hände zittern feinschlägig. Die Reflexe der oberen Extremitäten sind lebhaft, die mechanische Muskelerregbarkeit erhöht. Es zeigt sich geringes vasomotorisches Nachröten.

Der Abdominalreflex ist lebhaft, der Cremasterreflex beiderseits gesteigert. Der Achillessehnenreflex ist gleichfalls lebhaft. Fußklonus fehlt. Die Zehen sind plantarwärts gekrümmt, der Gang ist sicher, das Rombergsche Zeichen nicht vorhanden. Patient kann spitz und stumpf, heiß und kalt gut unterscheiden. Schmerzempfindung ist vorhanden.

Puls 76 regelmäßig, klein und leicht unterdrückbar.

Herz und Lungen ohne Befund, desgleichen die übrigen Organe. Der Leib ist nicht empfindlich und etwas eingesunken. Weder Eiweiß noch Zucker finden sich im Urin.

Im Anschluß an die somatische Untersuchung entspann sich folgende Unterhaltung, deren Wesentliches ich hier wörtlich folgen lasse:

Frage:	Antwort:
Wie geht es?	Wie Gott (will?)
Warum haben Sie nicht gegessen?	Ich will versuchen, ob ich sterben muß. Gott will das.
Warum sind Sie fortgelaufen?	Angst.
Warum hatten Sie Angst?	Der Mann hat mit der Faust gedroht schon früher, ich soll meine Sünden bereuen.
(Spontan!)	Ich will hungern.

Patient kann lesen, schreibt Namen und Geburtstag richtig auf. Er weiß, daß heute der 26. Januar ist, und daß er sich in der Klinik in Kiel befindet. Die Fortsetzung des Dialoges war folgende:

Frage:	Antwort:
Was für Kranke sind hier?	Irre.
Sind Sie auch krank?	Fußgicht (zeigt auf die Fußsohlen).
Warum sind Sie hier?	Dr. Kirchberg hat es befohlen.
Warum?	(Keine Antwort.)
Sind Sie gern hier?	(Schüttelt nein.)

Frage:	Antwort:
Haben Sie Schmerzen?	Am Herzen und müde (Patient preßt oft tief die Luft in unartikulierten Tönen heraus.)
Sind Sie auch ängstlich?	Schüttelt.
Warum sind Sie fortgelaufen?	Wenn ich nicht hungrig und durstig bin, habe ich keine Angst (zu Hause habe er diese gehabt).
Warum sind Sie ängstlich gewesen?	Weil ich schon früher Sünden bereute und viele Menschen nicht ertragen kann.
Haben Sie Stimmen gehört?	Nein.
Haben Sie Bilder gesehen?	Nein, wenn ich Hunger und Durst hatte, dann hatte ich Erscheinungen Gottes. (Die Erscheinungen kann Patient nicht näher beschreiben.)
Haben Sie geschlafen die Nacht?	Nein.

Auf nochmaliges Befragen danach gibt Patient zu geschlafen zu haben, doch habe er unbequem gelegen.

Leichte Rechenexempel werden richtig gelöst von dem Patienten, der die Monate vorwärts und rückwärts aufzählen kann.

Er weiß die Provinz, in der Kiel liegt und kann sämtliche preußischen Provinzen aufzählen. Die Länder, welche zu Deutschland gehören, sind ihm geläufig. Über den Krieg von 1870—1871 ist er orientiert und kennt die wichtigsten Schlachten aus ihm. Die Erdteile und Himmelsrichtungen sind ihm wohl bekannt. Als Gegend des Sonnenaufganges gibt er richtig den Osten an. Gefragt, warum es Tag und Nacht gibt, sagt er: »Gott gibt Tag und Nacht.« Das Weihnachtsfest und seinen Zeitpunkt kennt er, behauptet aber auf die Frage, warum es gefeiert würde, es fände auf Befehl des Kaisers statt. Wann Ostern ist und warum dieses Fest gefeiert wird, weiß er sehr wohl.

Ich lasse nun einige Schriftstücke, die der Kranke während seines Aufenthaltes in der Klinik verfaßte, folgen:

1. Woher kommt Stuhlverstopfung? Ich trinke nicht unmittelbar essen, sondere trinke ich unmittelbar vor dem Essen oder nach dem Essen und keine frische oder gekochte Obst essen. Was bedeutet das unmittelbar vor dem Essen. Das bedeutet das. Man trinkt zuerst, dann zuletzt essen. Das bedeutet das nach dem Essen. Man isset zuerst, dann trinkt zuletzt. Das ist wahrheit.

2. Lasset Euch nicht Böses mit Bösem überwinden. Wollet ihr Böses mit Bösem überwinden. Müssen Sie zu mir gehorchen.

3. In der Bibel steht geschrieben: Haltet nicht für sich selbstklug. Raset nicht meine Liebsten, so gebe dem Raum des Zorns Gottes. Der Herr spricht: Die Rache ist mein. Ich bin vergeltun. So nun der Feind hungert, der speiset ihn, der dürstet ihn, der tränket ihn.

4. Dein Wille geschehe von mir in Wohlgefallen. Ich bitte um Vergebung der Sünden gestern Abend gehalten. Ich habe früher meine Schwester unanständig unkeusch in acht oder zehn Jahre 100—150 mal selber unkeusch in drei Jahre. Ich habe des Herrn, Ärzte, Wärter und andere ungehorsam verachtet gewesen. Lügen, Wörte vergesst ich so oft. Darf ich Sonntagkleider anziehen. Muß ich zu ehren.

28. I. 09. Patient ist ruhig und geordnet, hat keine Klagen vorzubringen.

2. II. 09. Er liegt dauernd ruhig zu Bett, hat, wie er sagt, unvernünftigen Hunger. Dabei bleibt er und lacht dazu.

10. II. 09. Er studiert eifrig Reklamen eines Kalenders, um angepriesene Abführmittel abzuschreiben, und bittet um solche. Vorübergehend hatte er die Idee, sein eigenes Fleisch essen zu wollen.

15. II. 09. Im psychischen Befund keine Änderung. Leichte Angina.

18. II. 09. Angina zurückgegangen.

8. III. 09. Patient macht dauernd einen etwas gehemmteren Eindruck. Er liegt regungslos in seine Decke gehüllt zu Bett.

Tagsüber steht er nicht auf und zeigt kein Interesse für seine Umgebung. Er ißt nur wenig und sieht blaß aus.

17. III. 09. Da Patient die Nahrungsaufnahme verweigert, muß häufig zur Sondenfütterung geschritten werden. Auf Zuspruch reagiert er nicht, schüttelt nur heftig mit dem Kopf. Auf die Frage, warum er nicht esse, schreibt er biblische Sprüche auf ein Papier, z. B.: »So deinen Feind hungert etc.«

27. III. 09. Patient nimmt wieder von selbst Nahrung zu sich. Sein Verhalten ist gleichmäßig apatisch, der Schlaf gut.

29. III. 09. Patient ist wiederum sehr widerstrebend und unruhig. Er verweigert häufig die Nahrungsaufnahme.

30. III. 09. Er verläßt das Bett, widerstrebt heftig, beißt und schlägt den Wärter. Er will nicht essen. Heute morgen schlägt er mehrmals den Kopf heftig auf den Fußboden, so daß blutunterlaufene Beulen entstehen.

1. IV. 09. Patient ist etwas ruhiger. Er lag nachts in Packung.

2. IV. 09. Vergangene Nacht hatte Patient gleichfalls Packung. Er ist sehr unruhig, schlägt fortwährend den Kopf heftig gegen den Fußboden. Er erhält deswegen Morphiuminjektion und Chloroformnarkose.

4. IV. 09. Dauernde nur kurz unterbrochene Packungen. Patient verhält sich ruhiger und ist freier.

6. IV. 09. Patient schlief in der letzten Nacht gut. Er bleibt dauernd ruhig liegen und nimmt willig Nahrung zu sich.

10. IV. 09. Ohne Packung wird Patient abends mehrfach erregt, springt aus dem Bett und schlägt mit dem Kopf auf den Fußboden. Deshalb jede Nacht Packung.

12. IV. 09. Patient brüllte in der Packung mehrfach laut. Er nimmt willig Paraldehyd. Danach ist er ruhiger.

16. IV. 09. Patient bekommt dauernd nachts Packung. Tagsüber ist er ruhiger. Er ißt auf Zureden gut.

27. IV. 09. Versuchsweise keine Packung. Patient hat am ganzen Körper Herpes tonsuransartigen Ausschlag.

28. IV. 09. Patient hat sich ruhig verhalten auch tags-

über. Er hat eitrigen Ausfluß aus dem Ohre durch entstandene Otitis media.

29. IV. 09. Patient verhält sich ohne Packung ruhig.

1. V. 09. Patient steht einige Stunden auf. Er macht einen gespannten Eindruck, sagt, er wolle sterben, und legt sich wieder zu Bett.

5. V. 09. Patient liegt dauernd ruhig zu Bett.

10. V. 09. Patient verhält sich ruhig und ißt gut. Das Ekzem bessert sich.

14. V. 09. Patient sprang plötzlich aus dem Bett und rannte mit dem Kopf gegen die Wand. Er zog sich dabei auf dem Scheitel eine etwa 2 cm lange Hautwunde zu. Daher wurde er wieder in Trockenpackung gelegt.

15. V. 09. In Trockenpackung war Patient ruhiger.

17. V. 09. Dauernde Trockenpackung. In derselben verhält Patient sich ruhig. Seine Otitis ist im Abklingen.

19. V. 09. Patient verhält sich ruhig. Nachts trockene Packung.

Die im ersten Fall erwähnte Seelenstörung ist nach unserer Ansicht auf den regelmäßigen Genuß von Alkohol zurückzuführen und es ist anzunehmen, daß eine gewisse Disposition bei dem Kranken von vornherein vorhanden war. Der Vater starb, wie aus der Anamnese hervorgeht, an Schlaganfall. Vielleicht war auch er Potator. Ferner gibt der Patient an, seine Mutter sei psychisch im Wochenbett erkrankt gewesen. Wenn das richtig ist, so mag auch von dieser Seite her etwas Anlage zu seelischen Störungen auf ihn übergegangen sein. Das auslösende Moment aber dürfte der Genuß von verhältnismäßig viel Alkohol täglich gewesen sein. Die geringe Widerstandsfähigkeit geistig Minderwertiger gegen dieses Gift ist ja zur Genüge bekannt.

Im Falle des zweiten Patienten St. ist die Diagnose auf Katatonie gestellt worden. Dieselbe stellt eine häufige Verlaufsart der Dementia praecox dar, die durch Zustände von Stupor und Erregung, durch die sie begleitenden sogenannten katatonischen Symptome ausgezeichnet ist und meist ungünstig verläuft. Nicht das Vorkommen eines einzelnen Sympostəm,

sondern die Kombination der verschiedenen genannten Erscheinungen macht den gegebenen Fall zur Katatonie. (Hoche, Lehrbuch der Psychiatrie von Siemerling und Binswanger.)

Dieselbe beginnt in der Regel subakut unter dem Bilde einer psychischen Depression mit unbestimmten körperlichen Beschwerden, die im gegebenen Falle allerdings fehlten. Die Depression bestand hier nach Aussage des Lehrmeisters bereits längere Zeit ohne einen bestimmten Charakter anzunehmen. Dann trat plötzlich überraschend für die Umgebung eine Seltsamkeit auf, indem der Kranke planlos davonlief. Das ist aber charakteristisch für Katatonie. Das wiederholte sich mehrmals und Versündigungsideen traten hinzu. Die Untersuchung ergab auch im gegebenen Falle, daß die Orientierung nicht in dem Maße verloren gegangen ist, wie man zunächst glauben sollte. Die Kranken neigen zu Gewalttätigkeiten, die auch hier vorhanden sind, denn der Patient schlug einmal auf den Wärter ein, oder zu Selbstbeschädigungen, von denen wir auch im gegebenen Falle gehört haben.

Die eigentlich charakteristischen Krankheitszüge treten aber erst hervor, wenn es zu Stupor oder Erregung kommt, was plötzlich und unvermittelt geschehen kann. So sehen wir auch hier den z. B. heute erregten Kranken, der schreit und brüllt, am anderen Tage stumm und regungslos wieder.

Beim katatonischen Stupor handelt es sich jedenfalls um eine selbständige Veränderung der psychomotorischen Innervationsverhältnisse, von deren Wesen wir nichts wissen, die sich aber an bestimmten Eigentümlichkeiten erkennen läßt.

So handelt es sich bei dem Negativismus um eine Zahl von motorischen Äußerungsformen, als deren Kern der grundsätzliche Widerstand gegen äußere Beeinflussungen des Wollens und auch gegen eigene auftauchende Impulse anzusehen ist. Im vorliegenden Falle kam der Negativismus deutlich zum Ausdruck dadurch, daß der Kranke spontan keine Nahrung zu sich nahm, daß er dem Einflößen derselben den energischsten Widerstand entgegensetzte.

In scheinbarem Gegensatz zum Negativismus steht die Befehlsautomatie bei Katatonischen, worunter man eine er-

höhte Beeinflußbarkeit der motorischen Vorgänge durch fremden Willen oder äußere Eindrücke versteht. Dabei werden passiv gegebene Stellungen Stunden lang ja bis zu völliger Erschöpfung festgehalten. Echopraxie und Echolalie sind häufige Erscheinungen dabei.

Den Übergang zu katatonischer Erregung bilden Fälle, bei denen neben Stummheit, Nahrungsverweigerung und Negativismus Bewegungsstereotypien auftreten, wobei dieselben Bewegungen oft lange Zeit hindurch sich wiederholen. Alle diese Symptome waren im gegebenen Falle nicht deutlich.

Bei der katatonischen Erregung tritt der Bewegungsdrang in sinnloser Weise und mit der größten Heftigkeit in die Erscheinung. Hier machte er sich dadurch bemerkbar, daß der Kranke mehrmals mit dem Kopf auf den Fußboden schlug, daß er gewalttätig wurde gegen den Wärter. Besonders auffallend ist das Auftreten impulsiver Handlungen, die auch mitten aus dem Stupor heraus erfolgen.

So haben wir gesehen, daß der Kranke, um den es sich hier handelt, plötzlich aus dem Bett springt und mit dem Kopf gegen die Wand rennt. Von Verbigeration ist bei ihm nichts zu merken, während Sprachverwirrtheit sich deutlich aus den beigefügten Schriftproben ergibt. Auch die Zerfahrenheit des Denkens geht deutlich aus ihnen hervor. Von psychischer Analgesie ist im vorliegenden Krankheitsfalle nichts zu merken.

Von körperlichen Erscheinungen findet sich bei der Katatonie häufig Steigerung der Sehnenreflexe und erhöhte Muskelerregbarkeit, wie das auch hier der Fall ist. (Lehrb. von Binswanger und Siemerling.)

Die Diagnose Katatonie ist damit sichergestellt.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling für die liebenswürdige Überlassung der Krankengeschichten und die Unterstützung bei der Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Treitel: Über die Beziehungen von Inbezillität und Taubstummheit. (Arch. f. Psych., Bd. 39.)

Schmidtmann: Lehrbuch der gerichtl. Medizin.

Kornfeldt: (Zeitschr. f. Psysch., Bd. 62.) Geisteszustand Taubstummer.

Cramer: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie.

Derselbe: Sinnestäuschungen bei geisteskranken Taubstummen. (Arch. f. Psych., Bd. 28.)

Sanjuan: Symbolische Sinnestäuschungen bei geisteskranken Taubstummen. (Arch. de Neurologie Mars III, 15.)

Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.

Lebenslauf.

Geboren bin ich, Bruno Ebeling, am 1. Mai 1883 zu Wilsnack, Kreis Westpriegnitz. Ich bin evangelischer Religion. Von dort kam ich im Jahre 1894 auf das Gymnasium zu Seehausen in der Altmark. Dort bestand ich Ostern 1900 das Einjährigenexamen und siedelte dann auf das Gymnasium zu Salzwedel über, wo ich Ostern 1904 das Reifezeugnis erhielt. Nach fünfsemestrigem medizinischen Studium in Jena erwarb ich dort das Zeugnis über die bestandene ärztliche Vorprüfung. Den Rest meiner Studienzeit brachte ich in München und Kiel zu, wo ich Ostern 1909 das Staatsexamen bestand.